

.....
 (pełna nazwa Przyjmującego zamówienie)

(WZÓR)

.....
 (adres)

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie specjalistycznych usług lekarskich w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” sp. z o.o.

Zamawiający:

OŚRODEK LECZNICZO – REHABILITACYJNY „Pałac Kamieniec”
 Sp. z o.o.
 Kamieniec, ul. Polna 2, 42 – 674 Zbrosławice

Przedmiot zamówienia:

Świadczenie specjalistycznych **usług lekarskich** w specjalności
 (wpisać właściwe)
 na rzecz pacjentów Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o.

w okresie od 01 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku

1. Dane identyfikacyjne Przyjmującego zamówienie

1.	Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie (zgodnie z właściwym rejestrem) lub imię i nazwisko	
2.	Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej	
3.	Numer wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej	
4.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
5.	Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe do realizacji usług w danym zakresie	
6.	Numer statystyczny GUS (Regon)	
7.	Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) lub Nr PESEL	
8.	Województwo	
9.	Miejscowość	
10.	Ulica, nr lokalu	
11.	Kod pocztowy	
12.	Poczta	
13.	Telefon	
14.	Faks	
15.	E-mail	
16.	Numer rachunku bankowego	
17.	Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Przyjmującego zamówienie z zaznaczeniem osób uprawnionych do podpisania umowy (w przypadku gdy Przyjmującego zamówienie reprezentuje pełnomocnik , do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo, z którego wynika zakres umocowania).	

Uwaga!! 1). do pozycji o nr: 2- 7 należy dołączyć kopie odpowiednich dokumentów.

2. Nawiązując do ogłoszonego Konkursu ofert na wyłonienie Przyjmującego zamówienie w przedmiocie jak wyżej podano, oferuję/my następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

a) kwota odpłatności za przyjęcie 1 pacjenta wynosi:

..... złotych brutto, (słownie:).

b) świadczenie specjalistycznych usług lekarskich w następujących dniach tygodnia i godzinach:

.....

.....

.....
(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Załącznikami do niniejszego formularza oferty są:

1). Załącznik nr 1 - Oświadczenie Przyjmującego zamówienie

2). Załącznik nr 2 – zaparafowany wzór umowy

3).

4).

5).

.....
(nazwa ,adres Przyjmującego zamówienie)

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z materiałami informacyjnymi i ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert* i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego *projektu umowy* i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z „*Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Ośrodku Leczniczo – Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. w okresie od 01 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku*”.
6. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam/y, że posiadam/y wymagane kwalifikacje zawodowe.
8. Oświadczam/y, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę/my w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu Zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. Administratorem Pani/Pana danych osobowych ujawnionych dla potrzeb niniejszego postępowania jest: Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny „Pałac-Kamieniec” sp. z o.o., ul. Polna 2, 42-674 Zbrosławice, strona internetowa: www.olr-kamieniec.pl, email: sekretariat@olr-kamieniec.pl, Tel. 32 233 78 77 Fax 32 233 78 19. Oświadczam/y, że zapoznałam/em się z pełną klauzulą informacyjną RODO sformułowaną w *Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert*. Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe przetwarzane są w celu wykonywania czynności mających na celu zawarcie umowy i jej realizacji, a podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b) i art. 9 RODO (UE).
10. Oświadczam/y, że posiadam/y aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC). Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii umowy OC wraz z dowodem potwierdzającym opłacenie składki ubezpieczeniowej, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy/*.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Przyjmującego zamówienie)

* dotyczy Przyjmujących zamówienie, o których mowa w art. 4, 5 ustawy o działalności leczniczej.

*Załącznik nr ...
do formularza oferty*

(WZÓR)

Umowa na świadczenie specjalistycznych usług lekarskich w Poradni Rehabilitacyjnej.

UMOWA nr/.....

o udzielenie zamówienia na specjalistyczne usługi lekarskie w zakresie....., zawarta w Kamieńcu w dniu pomiędzy:

Ośrodkiem Leczniczo-Rehabilitacyjnym „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. z siedzibą w Kamieńcu, przy ul. Polnej 2, wpisanym do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod nr: 0000566979, kapitał zakładowy w kwocie: 10 200 000,00 zł wniesiony aportem, NIP: 6452167664, REGON: 276112481 (zwanym dalej Ośrodkiem), reprezentowanym przez :

Prezesa Zarządu – mgr Grażynę Osińską
zwanym dalej „Udzielającym zamówienie”

a

.....
zwanym dalej „Przyjmującym zamówienie”

Niniejsza umowa została zawarta w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.Dz. U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz. U. z 2019r., poz. 1373 z późn. zm.).

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie specjalistycznych usług lekarskich w dziedzinie w Poradni Rehabilitacyjnej Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. w ramach limitów NFZ, określonych w kontrakcie z NFZ, podawanych miesięcznie przez Zamawiającego według wzoru załącznika nr 1 do umowy.
2. Istnieje możliwość weryfikacji ilości świadczeń, o których mowa w ust. 1 umowy po uprzednim uzgodnieniu z Udzielającym zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż usługi, wykonywać będzie z zachowaniem należytej staranności, z zapewnieniem wysokiej jakości, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami i wymogami określonymi przez Płatników świadczeń w kontraktach zawartych z Udzielającym zamówienia , na zasadach wynikających z ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 2

1. Świadczenia, o których mowa w §1 niniejszego paragrafu będą udzielane przez Przyjmującego zamówienie na koszt Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych.

§ 3

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że spełnia wymogi pozwalające mu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszego zamówienia, a w szczególności spełnia wymogi ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu wiedzy i umiejętności fachowych z uwzględnieniem postępu nauk medycznych, z zachowaniem najwyższej staranności i zgodnie z zasadami etyki lekarskiej.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4. W przypadku braku możliwości osobistego świadczenia usług Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia zastępstwa przez osobę posiadającą takie same uprawnienia i kwalifikacje do świadczenia usług medycznych jak Przyjmujący zamówienie, uzgadniając ten fakt z Udzielającym zamówienie. W takim przypadku Przyjmujący zamówienie przenosi na czas swojej nieobecności prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na rzecz zastępcy, uprzednio zaakceptowanego przez Przyjmującego zamówienie. Z zastępcą spisywana będzie umowa na czas zastępstwa, w której określone będą takie same prawa i obowiązki jak w niniejszej umowie.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia:

- a) dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami ustalonymi przez Udzielającego zamówienia, włącznie z wystawianiem zaświadczeń i opinii,
- b) rejestru przyjętych pacjentów, zawierającego:
 - imię i nazwisko, pesel pacjenta,
 - datę zgłoszenia się pacjenta lub datę przeprowadzenia badania,
 - dane zlecającego badanie: imię i nazwisko lekarza kierującego

2. Udzielający zamówienia zobowiązuje się zapewnić Przyjmującemu zamówienie dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do sporządzania sprawozdań do celów statystycznych i dokumentów do celów rozliczeniowych na żądanie Udzielającego zamówienia.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zachowania tajemnicy w zakresie informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem czynności objętych umową dotyczących pacjentów, pracowników Ośrodka i samego Udzielającego zamówienia.

§ 5

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia.

2. Udzielający zamówienia nie ponosi odpowiedzialności, jeśli szkoda powstała z zawinionych przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie.

§ 6

W trakcie trwania umowy Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt zaopatruje się w osobistą standardową odzież ochronną.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych.

2. Ordynowanie leków musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i na drukach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz z przepisami wewnętrznymi Ośrodka..

§ 8

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo kontroli przebiegu i jakości udzielonych przez Przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych, w tym kontroli prowadzonej przez uprawnione przez niego osoby w zakresie:
 - a) sposobu udzielania świadczeń
 - b) gospodarowania mieniem zakładu
 - c) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczo-rozliczeniowej
2. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek poddania się kontroli uprawnionych podmiotów kontrolujących Udzielającego zamówienia, w tym dokonywanych przez NFZ w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu i na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 9

Przyjmujący zamówienie nie ma prawa pobierania dla siebie żadnych opłat od pacjentów za świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach niniejszej umowy. Stwierdzenie powyższego faktu skutkuje natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

§ 10

Przyjmujący zamówienie współpracuje z pracownikami Ośrodka i z podmiotami współpracującymi z Udzielającym zamówienia w celu prawidłowej realizacji przedmiotu umowy.

§ 11

1. Przyjmujący zamówienie wykonuje świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy w obiekcie Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” Sp. z o.o. przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie nie może wykorzystywać środków publicznej służby zdrowia do świadczenia usług innych, niż określonych w przedmiotowej umowie .

§ 12

1. Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń będących przedmiotem umowy w dniach i godzinach określonych w harmonogramie udzielania świadczeń uzgodnionym dla każdego miesiąca trwania umowy odrębnie z przedstawicielem Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania Udzielającemu zamówienia w terminie do 2 dnia roboczego następnego miesiąca zestawienia udzielonych świadczeń, zgodnie z załączonym wzorem.

§ 13

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Przyjmujący zamówienie otrzyma od Udzielającego zamówienia wynagrodzenie stanowiące iloczyn ilości przyjętych pacjentów w okresie miesiąca kalendarzowego i stawki **za jednego pacjenta** w Poradni Rehabilitacyjnej oraz Poradni Rehabilitacyjnej dla Dzieci w ramach limitów, o których mowa w § 1 pkt. 1 niniejszej umowy w kwocie: zł (słownie:), zgodnie z formularzem ofertowym z dnia
2. Wynagrodzenie ustalone jest w kwocie brutto tj. obejmuje należne podatki oraz składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, o ile obowiązek ich odprowadzenia wynika z odrębnych przepisów.
3. Wynagrodzenie płatne będzie na podstawie faktury/rachunku przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie na konto bankowe: w terminie do 14 dni od daty otrzymania faktury/rachunku. Fakturę/rachunek należy przedłożyć w sekretariacie z potwierdzeniem odbioru. Podstawą do wystawienia faktury/rachunku będą zweryfikowane przez Zamawiającego rejestr wykonanych świadczeń (Wzór rejestru świadczeń lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej stanowi załącznik do umowy)

4. Faktura/rachunek, o której mowa powyżej może obejmować świadczenia udzielone ponad limity, o których mowa w § 1 ust.1 umowy, jedynie za zgodą Udzielającego zamówienia wyrażoną na piśmie.
5. Rozliczenie świadczeń udzielonych przez Przyjmującego zamówienie ponad limity określone § 1 nastąpi po rozliczeniu tych świadczeń przez NFZ na warunkach analogicznych (w stosunku procentowym odpowiadającym przyjętemu przez NFZ dla poszczególnych typów świadczeń).

§ 14

Niniejsza umowa zawarta jest na czas od 1 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2021 roku.

§ 15

Niniejsza umowa może być rozwiązana przed upływem terminu:

- 1.za zgodą obu stron w każdym czasie.
- 2.za uprzednim 1 miesięcznym wypowiedzeniem przez każdą ze stron bez podawania przyczyn, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- 3.za uprzednim 1 miesięcznym wypowiedzeniem ze skutkiem j.n. w przypadku:
 - a) wypowiedzenia umowy przez NFZ,
4. Ze skutkiem natychmiastowym przez Udzielającego Zamówienia w razie:
 - a) utraty uprawnień do wykonywania zawodu,
 - b) uzasadnionych skarg pacjentów gdy wynikają one z rażącego naruszenia przepisów,
 - c) popełnienia przestępstwa, które uniemożliwia dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych , jeśli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym lub jest oczywiste.

§ 16

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 17

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, kodeksu cywilnego, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 05.12.1996 r. oraz inne obowiązujące akty prawne.

§ 18

Spory wynikające z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez Sąd powszechny według siedziby Udzielającego zamówienia.

§ 19

1. Administratorem danych osobowych podanych w umowie ze strony Udzielającego zamówienia jest Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny “Pałac Kamieniec” sp. z o.o., 42-674 Kamieniec, ul. Polna 2, adres poczty elektronicznej: sekretariaty@olr-kamieniec.pl, tel. +48 32 2337877.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu wykonywania czynności mających na celu zawarcie umowy i jej realizację, a podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.b) i art. 9 RODO (UE).
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż zapoznał się z pełną treścią klauzuli informacyjnej, która znajduje się w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na jego stronie internetowej.
4. Przyjmujący zamówienie i Udzielający zamówienia zobowiązują się ponadto do przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o

ochronie danych osobowych, Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r., str. 1).

§ 20

Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki: 1). Formularz oferty, 2.

Udzielający zamówienia
zamówienie

Przyjmujący

Rejestr świadczeń lekarskiej ambulatoryjnej opieka rehabilitacyjnej w Poradni Rehabilitacyjnej zrealizowanych przez:

Pan/Pani lek. med. w miesiącu20..... r

Lp	Data porady (dzień ,miesiąc , rok)	Liczba pacjentów	Świadczenie zatwierdzone przez NFZ Tak/Nie *	Potwierdzenie realizacji usługi przez Zamawiającego **
1	2	3	4	5

Łączna liczba pacjentów w m-cu x zł/brutto za 1 pacjenta = zł do wypłaty ,
słownie

.....
Sprawdzono pod względem merytorycznym
Sprawdzono pod względem rachunkowym Zatwierdzono do wypłaty

* - wpisać TAK lub NIE – wypełnia Zamawiający
** - wypełnia Zamawiający

